

地域密着型特定施設はるすの郷・神野々 予約申込書

私は、下記のとおり地域密着型特定施設への入居を希望しますので、入居予約申込みをします。

平成 年 月 日

受付日	平成 年 月 日	受付担当者	受付番号

申込者	フリガナ		続柄
	氏名 (利用者代理人)		
	現住所	〒	
	電話番号	(携帯)	
	連絡先・時間指定等		

入居ご希望者	フリガナ		性別	生年月日	年齢
	氏名			明治・大正・昭和 年 月 日	歳
	現住所	〒			
	電話番号				
	介護支援事業所名			電話番号	
				介護支援専門員名	
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設・病院 (名称) () <input type="checkbox"/> 現在受けているサービス内容 () ()			
	介護保険被保険者番号			要介護区分	要介護 1・2・3・4・5

入居希望時期	平成 年 月 日ごろ
--------	------------

※この予約申込書は、仮の申込書であるためご本人、ご家族の意思決定に基づき再度、本申込を頂くこととなっております。

《TEL 0736-39-7707 FAX 0736-39-7708》